

B e r i c h t  
des Landeskirchenamtes  
betr. Hospizarbeit und Palliativversorgung

Hannover, 6. November 2013

In der Anlage übersenden wir den Bericht des Landeskirchenamtes zur Hospizarbeit und Palliativversorgung.

Das Landeskirchenamt  
Dr. Springer

Anlage

**I.****Auftrag**

Der Diakonieausschuss der 23. Landessynode hatte im November 2002 mit dem Aktenstück Nr. 38 über die Situation bezüglich der Bereitstellung angemessener Haushaltsmittel für die Hospizbegleitung und ambulante Palliativberatung sowie die Behandlung der dem Diakonieausschuss bis zu diesem Zeitpunkt überwiesenen Anträge, Eingaben und Beschlüsse berichtet. Im Zusammenhang mit den Verhandlungen über diesen Bericht hatte die Landessynode auf Antrag des Diakonieausschusses beschlossen, dass dieser weiterhin die Entwicklung der Hospizarbeit und der Palliativmedizin begleitet, Möglichkeiten der flächendeckenden Unterstützung erarbeitet und der Landessynode erneut berichtet.

Zur Bearbeitung der umfassenden Thematik wurde im Jahr 2004 eine Arbeitsgruppe gebildet, die zwei Ziele verfolgte. Zum einen die Möglichkeit zu untersuchen, die das Diakonische Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V. (DWH) hat, zum Beispiel mit Kostenträgern über die Bezahlung von ambulanter Palliativversorgung zu verhandeln. Das zweite Ziel war die Förderung der Kommunikation und des Austausches sowie der Zusammenarbeit zwischen allen in der Hospiz- und Palliativarbeit beteiligten Gruppen.

Mit dem Aktenstück Nr. 38 A hatte der Diakonieausschuss der 23. Landessynode erneut berichtet. Das Aktenstück mit seinen umfassenden Anlagen wurde allen Kirchenkreisen, den Diakonie-/Sozialstationen und den Hospizgruppen zur Verfügung gestellt. Auch wurde unter anderem das Landeskirchenamt gebeten, allen für die Aus- und Weiterbildung Zuständigen diesen Bericht zur Verfügung zu stellen mit der Bitte, Angebote, die den Hospizgedanken fördern, auch weiterhin vorzuhalten und intensiv zu bewerben.

Im Zuge der Zusammenführung des Diakoniedezernates im Landeskirchenamt mit dem Diakonischen Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V. sollte der Arbeitsbereich "Hospiz- und Palliativarbeit" mit auf das DWH übergehen. Im Zusammenhang mit der Verhandlung über den Bericht des Diakonie- und Arbeitsweltausschusses bezüglich dieser Zusammenführung (Aktenstück Nr. 28 A der 24. Landessynode) wurde während der V. Tagung am 25. November 2009 auf Antrag des Synodalen Sondermann der Diakonie- und Arbeitsweltausschuss erneut gebeten, über die Situation der Hospiz- und Palliativarbeit in der hannoverschen Landeskirche zu beraten und darüber der Landessynode zu berichten.

Nachdem der Ausschuss mehrfach zum Thema beraten hat, wurde mit dem Landeskirchenamt abgestimmt, dass das Landeskirchenamt aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten und Zuordnungen von Aufgaben zur Hospiz- und Palliativarbeit zusammenfassend berichtet und der Diakonie- und Arbeitsweltausschuss im Rahmen seines Berichtes hierauf eingeht.

Der vorliegende Bericht ist von einer Arbeitsgruppe vorbereitet worden, die aus folgenden Mitgliedern bestand: Frau Andrea Peschke (Hospizbeauftragte der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers/Seelsorgezentrum), Herr Dr. Michael Coors (Zentrum für Gesundheitsethik), Herr Jörg Reuter-Radatz, Frau Christa Gerts-Isermeyer und Frau Kathrin Röbbeln (DWH).

## **II.**

### **Beratungsgang im Diakonie- und Arbeitsweltausschuss**

Die Fortentwicklung des ehrenamtlichen Engagements innerhalb der Hospizbewegung, die Verankerung der Versorgung von Sterbenden und von Palliativpatienten als einem wesentlichen Baustein im Gesundheitssystem, wie auch die Schaffung von Palliativstützpunkten in Niedersachsen und Förderung durch das Land sowie die Diskussionen um Sterbehilfe u.Ä. waren des Öfteren Gegenstand der Beratungen im Diakonie- und Arbeitsweltausschuss. Der Ausschuss war sich klar darüber, dass die Begleitung und Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen ihren Auftrag aus dem christlichen Glauben, in Grenzsituationen zum Leben zu ermutigen und darin verlässliche Begleitung zu sein, erhält. Von daher ist hospizlich-seelsorgliche Begleitung und palliative Versorgung auch als Alternative aus christlich-diakonischem Selbstverständnis in der Debatte um die assistierte Selbsttötung zu verstehen.

Schließlich ist Selbstbestimmung nur möglich, wo ein Mensch nicht von starken Gefühlen wie Angst, Panik oder Verzweiflung beherrscht ist. Auch hier ist ein Mensch im Interesse seiner Selbstbestimmung auf Fürsorge angewiesen. Eine angstfreie selbstbestimmte Entscheidung setzt voraus, dass jeder Mensch Zugang zu einer professionell unterstützten liebevollen Pflege auch am Ende seines Lebens hat.

Zur Vertiefung der Materie und Klärung offener Fragestellungen zur Rolle von Seelsorge in der Palliativversorgung hat der Diakonie- und Arbeitsweltausschuss im Februar 2012 ein Gespräch mit Herrn Professor Dr. Friedemann Nauck, Leiter der Palliativstation des Palliativzentrums im Universitätsklinikum Göttingen sowie Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) geführt. Trotz großer Fortschritte in den ver-

gangenen 20 Jahren sei das Thema "Tod und Sterben" nach wie vor ein Tabu und in der Bevölkerung mit vielerlei Ängsten behaftet. Es gäbe immer noch große Versorgungslücken, da eine Palliativversorgung oft zu spät oder nicht angefragt werde oder es den Medizinerinnen nicht bewusst sei, dass es sich bei dem Patienten um einen Palliativpatienten handeln könnte. Die Frage nach dem seelsorglichen Bedarf wird von Herrn Professor Dr. Nauck als extrem hoch – bereits ab der Diagnosestellung – eingeschätzt. Die evangelische Kirche wäre gut beraten, sich den Herausforderungen zu stellen, jedoch keine Top-down-Modelle zu entwickeln. Kirchengemeinden sollten gemeinsam mit örtlichen Verantwortlichen überlegen, verlässliche Netzwerke für die Versorgung von Betroffenen und deren Angehörigen zu knüpfen. Seelsorgende in der evangelischen Kirche hätten nach seiner Einschätzung derzeit zu viele administrative Aufgaben und sollten zu ihrer eigentlichen Aufgabe, dem Dienst am Menschen zurückkehren. Eine Zusammenarbeit mit örtlichen Hospizdiensten und Palliativnetzen und einer frühen Einbindung von Ehrenamtlichen könne hier zu einer gegenseitigen Entlastung führen.

Es besteht Einigkeit bei den Mitgliedern des Ausschusses, dass trotz der zunehmenden Aufgabenverdichtung und Belastung in der Gemeindegeseelsorge das Handlungsfeld "Leben am Lebensende"/"Sterben" ein ureigenster Auftrag der Gemeindegeseelsorge ist. Von daher kommt der Seelsorge – als Kernkompetenz kirchlicher Arbeit – in der Palliativversorgung eine hohe Bedeutung zu.

Neben der Notwendigkeit eines nicht nachlassenden politischen Engagements der Verantwortlichen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen – auch bei den Verhandlungen mit den Kostenträgern – sah der Ausschuss Handlungsbedarf in zwei Problemfeldern:

1. Einbringung von Seelsorge in die Palliativarbeit und Stärkung der Netzwerke
2. Implementierung von Hospizkultur und Palliativpflege in Einrichtungen der stationären Altenpflege

Der Ausschuss hat daher die Durchführung von Erprobungsmodellen zur Einbindung von Seelsorge in die Hospiz- und Palliativarbeit sowie die Erprobung zur Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Einrichtungen der stationären Altenpflege in einer Region befürwortet, um so den genauen Bedarf von personellen und finanziellen Ressourcen zu eruieren und mögliche Schnittstellenproblematiken und weiteren Handlungsbedarf für die Zukunft zu erkennen.

### III.

#### Ausgangslage

##### 1. Gesellschaftliche Situation

80 % der Deutschen wünschen sich zu Hause zu sterben, doch die Wirklichkeit sieht anders aus. Tatsächlich sterben 80 bis 90 % der Menschen in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder, noch immer viel zu selten, in einem Hospiz. Der Tod wird zunehmend institutionalisiert, medikalisiert und ökonomisiert.<sup>1</sup> Im Jahr 2011 sind in Niedersachsen 85 489 Einwohner gestorben<sup>2</sup>, somit rund 70 000 Menschen (68 391 bis 76 940) in Institutionen. (Bundesweit gibt es 850 000 Sterbefälle im Jahr).

Die Bedeutung von hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung sterbender Menschen hat in den letzten Jahren zunehmend an gesellschaftlicher Akzeptanz gewonnen und auch in politischer Hinsicht vielfältige Unterstützung erfahren. Inzwischen haben sich professionelle Organisationsstrukturen ausgebildet. In der Deutschen Hospiz- und Palliativgesellschaft (DHPV) sind die Institutionen organisiert, die hospizliche Begleitung und palliative Versorgung anbieten (Stationäre Hospize, Palliativstationen, Ambulante Hospiz- und Palliativdienste etc.)<sup>3</sup>. Mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ist eine interdisziplinäre Fachgesellschaft entstanden, in der Ärzte, Pflegende, Seelsorgende, Sozialarbeiter und weitere in der palliativen Versorgung tätige Berufsgruppen auf fachlicher Ebene interdisziplinär zusammenarbeiten.

Das Land Niedersachsen hat die Entwicklungen in diesem Bereich u. a. durch die Einrichtung von Palliativstützpunkten und die Einrichtung der Niedersächsischen Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung (NKBHP) in Osnabrück unterstützt. Mit seinem im Juli 2013 fortentwickelten Rahmenkonzeptes zur Weiterentwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung sieht das Land weiteren Handlungsbedarf.<sup>4</sup>

Die Ärztekammer Niedersachsen unterhält eine Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit. An der Universität Göttingen besteht ein Lehrstuhl für Palliativmedizin sowie die Mildred-Scheel Akademie für Palliativmedizin.

Seit Mitte der 80er-Jahre hat sich die ehrenamtliche überkonfessionelle Hospizbewegung konsolidiert und ist mittlerweile zu einem festen Bestandteil des Gesundheits-

---

<sup>1</sup> Gronemeyer, Reimer: Sterben in Deutschland, 2007

<sup>2</sup> Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen

<sup>3</sup> Zu den einzelnen Begriffen vgl. das Glossar im Anhang

<sup>4</sup> Weiterentwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung in Niedersachsen des niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration vom Juli 2013

systems geworden. Ihr Anliegen ist es, dass Sterbende möglichst gut versorgt und betreut, zu Hause bleiben können. Dabei werden auch die Angehörigen unterstützt. Mittlerweile gibt es in Niedersachsen 130 ambulante Hospiz- und Palliativdienste, ein Kinderhospiz und 20 stationäre Hospize (dazu noch sechs in Planung) mit derzeit 157 Hospizbetten und insgesamt über 13 000 hauptsächlich ehrenamtlich Mitarbeitenden, die sich für die Hospizarbeit engagieren und die in Vorbereitungskursen geschult wurden. Auch für die Trauerbegleitung stehen qualifizierte Ehrenamtliche zur Verfügung.

Parallel dazu entwickelte sich die Palliativversorgung. In Niedersachsen gibt es aktuell ca. 233 Palliativbetten in 42 Krankenhäusern (davon zwei in diakonischen Einrichtungen) und 43 SAPV-Teams.<sup>5</sup>

In Medizin und Pflege wurden neue Maßstäbe gesetzt: Es geht nicht mehr darum, das Leben zu verlängern, sondern ihm möglichst viel Qualität zu geben. Andererseits hat der ökonomische Druck auf Einrichtungen der Pflege und der Krankenversorgung, die sich im Wettbewerb am Markt behaupten müssen, in den letzten Jahren stark zugenommen. Durch die Arbeitsverdichtung steigen die Anforderungen an das Personal, die Zeiten für die Patienten oder die Bewohner sind auf ein Minimum reduziert. Fachkräfte sind rar und die Auswirkungen der demografischen Entwicklung sind deutlich spürbar.

## 2. Kirchlich-diakonisches Engagement

Die christlichen Kirchen engagieren sich im Bereich der Hospiz- und Palliativarbeit, denn die Begleitung Sterbender und der gesellschaftliche Umgang mit Sterben und Tod gehören zu den elementaren Themen des christlichen Glaubens und bilden ein zentrales Aufgabenfeld der pastoralen Praxis. Dabei begreifen die christlichen Kirchen Angebote hospizlicher Begleitung und palliativer Versorgung auch als Alternativen zu propagierten Formen eines selbstbestimmten Todes wie der Suizidhilfe. Menschen, denen durch hospizliche Begleitung und palliative Versorgung ein möglichst schmerzfreies und selbstbestimmtes Sterben in Würde ermöglicht wird, werden sehr viel seltener aus ihrer Not die Konsequenz ziehen, ihr Leben eigenhändig beenden zu wollen.

Dementsprechend engagiert sich auch die Evangelisch-lutherische Landeskirche Hannovers im Bereich der Hospiz- und Palliativarbeit seit vielen Jahren.

---

<sup>5</sup> SAPV = Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung. Zahlen des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Migration, Stand: Juli 2013

Insgesamt ist die Hospiz- und Palliativarbeit in der Landeskirche gut aufgestellt. Sie wird von unterschiedlichen Stellen – mit teilweise anteiligen Stellenanteilen – wahrgenommen von

1. dem Zentrum für Gesundheitsethik an der Akademie Loccum
2. der landeskirchlichen Beauftragten für Hospiz- und Palliativarbeit
3. der Referentin für Hospiz- und Palliativarbeit im Diakonischen Werk der ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V. (DWH) (befristet für 3 Jahre) und
4. der Referentin für Rechts- und Fachaufsicht im DWH.

Eine strukturelle Zusammenführung ist nur bedingt gelungen. Die in diesem Bereich tätigen Personen stehen im Austausch miteinander und treffen sich regelmäßig im landeskirchlichen Arbeitskreis Hospizarbeit und Palliativversorgung.

Aus kirchlicher Perspektive ist in der Palliativversorgung besonders hervorzuheben, dass hier ein großer Wert auf die Spirituelle Begleitung gelegt wird; diese gehört zu den vier Säulen der Palliativversorgung. Gerade am Ende eines Lebens stehen Sinnfragen im Vordergrund und existenzielle Krisen müssen bewältigt werden. Die Aufgabe der Seelsorge ist es, Menschen in existenziellen Lebenssituationen zu begleiten, sich so an die Seite des Sterbenden und deren Angehörigen zu stellen, Worte dafür zu finden und einen Rahmen durch Ritual und Gebet zu geben.

Da die Begleitung Kranker und Sterbender von jeher ein kirchliches Anliegen war und ist, ist es wichtig und unabdingbar, dass Kirche sich in diesem Bereich engagiert, mit den anderen Professionen kooperiert und sich vernetzt. Im Bereich der hannoverschen Landeskirche gab und gibt es dazu zeitlich begrenzte Projekte, um Wege zu finden, wie Seelsorge von Ärzten, Pflegenden und anderen an der Versorgung Beteiligten hinzugezogen werden kann.

### **Landeskirchliche Hospizbeauftragte**

Die Stelle der landeskirchlichen Beauftragten für Hospiz- und Palliativarbeit existiert seit dem Jahr 1997 und ist seit dem Jahr 2013 dem Zentrum für Seelsorge zugeordnet. Zu ihren Aufgaben gehört es, das hospizliche Ehrenamt zu stärken, das kirchliche Interesse an dieser Arbeit zu verdeutlichen und wiederum Informationen über hospizliches Engagement und palliative Versorgung in Kirchenkreise oder andere kirchliche Gremien oder Kreise zu tragen. Die ehrenamtliche Hospizarbeit ist in der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Niedersachsen (LAG) organisiert. Die Beauftragte arbeitet eng mit der LAG zusammen und ist in unterschiedlichen Arbeitsgruppen tätig.

In der Palliativversorgung ist die landeskirchliche Beauftragte für die Zurüstung von Seelsorgenden – sowohl ambulant als auch stationär – zuständig, sie bietet Kurse und Seminare an und hat ein Curriculum<sup>6</sup> für die seelsorgliche Ausbildung in der Palliativversorgung mit entwickelt. Sie begleitet die landeskirchlichen Projekte. Ein enger Austausch mit der Arbeitsgruppe Seelsorge der DGP ist gewährleistet.

Neben der Organisation und Durchführung des Hospiztages und der Hospiztagung arbeitet die landeskirchliche Beauftragte in der LAG mit. Hier geht es momentan darum, die unterschiedlichen Aus- und Vorbereitungsmodelle zu modifizieren und sie den aktuellen Bedürfnissen der Begleitungsarbeit im hospizlichen Ehrenamt anzupassen.

Die Beauftragte ist Vorstandsmitglied der Hospizstiftung Niedersachsen und arbeitet im Beirat mit, der die vom Land Niedersachsen zur Verfügung gestellten Mittel verwaltet.

Das inhaltliche Programm der jährlich stattfindenden Messe "Leben und Tod" in Bremen wird von einem Beirat gestaltet, dem die landeskirchliche Beauftragte angehört.

Darüber hinaus sind sowohl die landeskirchliche Beauftragte als auch Mitarbeitende des Zentrum für Gesundheitsethik in der Sektion Seelsorge der DGP beteiligt. Hier geht es darum, Themen der Seelsorge in die palliative Fachdiskussion mit einzubringen und sich inhaltlich bundesweit zu verständigen.

### **Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) an der Evangelischen Akademie Loccum**

Das Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) in Hannover ist ein Institut der Evangelischen Akademie Loccum für ethische Fragen im Gesundheitswesen ([www.zfg-hannover.de](http://www.zfg-hannover.de)). Im Themenfeld Ethik am Lebensende hat es die Entwicklung der Palliativversorgung in Niedersachsen von Anfang an sowohl initiativ als auch moderierend intensiv begleitet. Es war u. a. wesentlich am Aufbau der Palliativarbeitsgemeinschaft Niedersachsen (PAG) und der Überleitung derselben in eine Landesvertretung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) in Niedersachsen/Bremen beteiligt. Es hat sich insbesondere für die Vernetzung zwischen Kirchenkreisen und Palliativstützpunkten eingesetzt. Es ist vertreten in der Sektion Seelsorge der DGP und in der AG Ethik in der DGP.

---

<sup>6</sup> vergleiche: [www.hospiz-evlka.de](http://www.hospiz-evlka.de)

Des Weiteren ist das ZfG in der Akademie für Palliativmedizin der Ärztekammer Niedersachsen und in der Expertengruppe der Niedersächsischen Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung (NKBHP) des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration vertreten. In unterschiedlichen kirchlichen und nicht-kirchlichen Gremien stehen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des ZfG für ethische und theologische Perspektiven sowie kirchliche Anliegen ein.

Im Rahmen von zahlreichen von Kooperationspartnern durchgeführten Palliativfortbildungen werden regelmäßig Ethikkurse für angehende Palliativmediziner und Palliativmedizinerinnen sowie Palliativpflegekräfte durchgeführt. Außerdem werden Tagungen und Veranstaltungen zu unterschiedlichen ethischen Aspekten der Palliativversorgung und deren politischen Implikationen durchgeführt.

### **Referat Hospiz- und Palliativarbeit im Diakonischen Werk der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers e.V. (DWH)**

Das Referat setzt sich dafür ein, die Rahmenbedingungen des Sterbens in einer alternden, hochtechnisierten Gesellschaft zu verbessern.

Es werden vier Hospize, die Mitglied im DWH sind, beraten und unterstützt. Ein fünftes stationäres Hospiz in kirchlicher Trägerschaft ist im Bau befindlich. Fort- und Weiterbildung von Ehrenamtlichen der Hospiz- und Palliativberatungsdienste werden aus Kollektivismitteln finanziell unterstützt. 15 ambulante Hospizdienste sind Mitglied im DWH. Ein Kirchenkreis ist Träger eines Palliativstützpunktes.

Eine zunehmende Herausforderung ist die Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz besonders in Altenpflegeeinrichtungen, aber auch in Behinderteneinrichtungen und diakonischen Krankenhäusern. In Hinblick auf Arbeitsdichte des Pflegepersonals, Ausbildung und Ausstattung mit nicht auskömmlichen Pflegeentgelten in Altenpflegeeinrichtungen ist eine angemessene Palliativversorgung für alte, sterbende Menschen nicht gewährleistet. Zur Bewältigung dieser Herausforderung arbeitet das DWH in Gremien der Diakonie Deutschland (Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung) mit. Gegenüber Politik und Kostenträgern tritt es in einem Positionspapier<sup>7</sup> für die Sicherung palliativer Kompetenz in Pflegeeinrichtungen ein. Eine bedarfsgerechte Finanzierung von Palliativversorgung – angelehnt an stationäre Hospize – soll realisiert werden.

---

<sup>7</sup> Begleitung sterbender Menschen in Pflegeheimen – Palliative Kompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen sichern / Juni 2013

Das DWH hat ein Palliativpilotprojekt für Pflegeeinrichtungen entwickelt, um die Implementierung von Palliativkompetenz und Abschiedskultur zu stärken.

### **Hospizstiftung in Niedersachsen – Eine Initiative der Kirchen**

Die Hospizstiftung Niedersachsen – ein ökumenischer Zusammenschluss der niedersächsischen Kirchen – wird im Jahr 2013 zehn Jahre alt. Durch Stiftungsmittel wird die Aus- und Fortbildung von Ehrenamtlichen gefördert. Zum dritten Mal wird im Jahr 2013 der niedersächsische Hospizpreis ausgelobt; in enger Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration als auch mit dem Kultusministerium. Die Hospizstiftung hat im hospizlichen Bereich ein hohes Ansehen. Ihrem Engagement ist es zu verdanken, dass das Land Niedersachsen für die Jahre 2013 und 2014 Projektmittel in Höhe von 337 000 Euro zur Stärkung der ehrenamtlichen Hospizarbeit zur Verfügung gestellt hat.

### **Hospizkollekte**

Einmal im Jahr wird in allen Kirchengemeinden der hannoverschen Landeskirche eine Kollekte für die Hospiz- und Palliativarbeit gesammelt. Diese Mittel stehen für Fort- und Weiterbildungen der Ehrenamtlichen und öffentlichkeitswirksame Maßnahmen im Kontext der hospizlichen Arbeit zur Verfügung und werden vom DWH verwaltet.<sup>8</sup>

Im Austausch mit der LAG ist gewährleistet, dass Maßnahmen nicht überfinanziert werden.

### **Veranstaltungen**

Einmal jährlich – im Jahr 2013 zum 16. Mal – findet in Kooperation mit dem Pastoralkolleg und der Evangelischen Akademie Loccum und in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Gesundheitsethik die **Hospiztagung** statt. Mittlerweile ist sie zu einem norddeutschen Forum des Diskurses und Austausches geworden. Es werden aktuell hospizlich-palliative Themen aufgegriffen und bearbeitet.

Als Dank an das Ehrenamt lädt die Landeskirche einmal jährlich zum "**Landeskirchlichen Hospiztag**" – 2013 ebenfalls zum 16. Mal – ein. Dieser Tag soll zum einen Anstöße zum Weiterdenken geben und zum anderen den Austausch innerhalb der Hospizarbeit befördern. Beide Veranstaltungen sind stets ausgebucht.

---

<sup>8</sup> Die Kriterien für die Vergabe der Mittel sind mit der Mitteilung G 23/2012 vom 10. Mai 2012 veröffentlicht worden.

## **Stellenanteile und Mitteleinsatz**

Palliativseelsorge in Krankenhäusern wird in der Regel von Krankenhausseelsorgern wahrgenommen. Neben der Bereitstellung der Stellen für die oben genannten Beauftragten stehen im landeskirchlichen Haushalt 2013/2014 für Sachkosten der mit Hospiz- und Palliativarbeit betrauten Personen und zur Verteilung von Zuwendungen für kleinere Investitionen für stationäre Hospize oder für Anschubfinanzierungen von Koordinatorenstellen in ambulanten Hospiz- und/oder Palliativberatungsdiensten in kirchlicher Trägerschaft bis zur Anerkennung durch die Krankenkassen jährliche Mittel in Höhe von 94 600 Euro (2013) bzw. 96 000 Euro (2014) zur Verfügung. Durch den Einsatz dieser Mittel konnte die Hospizarbeit in kirchlicher Verantwortung positiv gestärkt werden.

### 2.1 Modellprojekte

#### 2.1.1 Implementierung von Seelsorge in die Hospiz- und Palliativarbeit

Seit der ersten Beschreibung der Definition für ein Betreuungskonzept der World Health Organization (WHO) über eine aktive ganzheitliche Behandlung<sup>9</sup>, bei der auch die spirituelle Dimension berücksichtigt wurde, sind bis heute bereits 23 Jahre vergangen. Ein Arbeitskreis der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin hat im Jahr 2007 ein Konzept zur spirituellen Begleitung in der Palliativversorgung erarbeitet.<sup>10</sup>

Auch in dem Positionspapier des Diakonischen Werkes der EKD von 2009<sup>11</sup> wird die Notwendigkeit beschrieben, dass die Kirche - in einer zunehmend marktförmigen Situation - bei einer koordinierten Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen (z.B. in Pflegestützpunkten, Hospizdiensten, Palliativ-Care-Teams) ihre verschiedenen Seelsorge-Kompetenzen in überschaubaren Regionen in koordinierter und verlässlicher Weise anbieten und zugänglich machen soll. "Solche Koordination kann die Kirche nicht von säkularen Diensten erwarten. Nicht diese müssen 'auf den Pfarrer (zu)kommen', sondern Kirche und Diakonie müssen ihr vielfältiges Potential unterschiedlicher seelsorglicher Kompetenzen durch eine eigene Koordinationsstelle anschlussfähig machen."<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> [wikipedia.org/wiki/Palliative\\_Care](http://wikipedia.org/wiki/Palliative_Care)

<sup>10</sup> Spirituelle Begleitung in der Palliativversorgung vom 10. Mai 2007

<sup>11</sup> Seelsorge in Palliativ Care - Situationsanzeige und Empfehlungen zu kirchlich-diakonischem Handeln

<sup>12</sup> 4.3 Positionspapiers DW EKD Dezember 2009 Seelsorge in Palliativ-Care, Seiten 23 und 24

Seelsorge in Palliativ-Care bedeutet, den Bedarf an seelsorglicher Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen zu Hause und in den verschiedenen Einrichtungen zu erkennen und zu verstehen, dass Kirche und Diakonie nur durch gemeinsame Konzepte die seelsorgerliche Begleitung Betroffener und Angehöriger ermöglichen können. Seelsorge im Sinne einer "aufsuchenden Kirche" in diesem Bereich ist notwendig und muss ein verlässliches Angebot bieten. Die rechtlichen Rahmenbedingungen von Palliativ-Care als Ausdruck einer gewandelten gesellschaftlichen Bedürfnislage bieten die Chance für die Seelsorgenden, in ihrem ureigensten Aufgabenfeld zu arbeiten und Betroffenen in der letzten Phase ihres Lebens seelsorglich zur Seite zu stehen. Zurzeit engagieren sich Ortspastoren und -pastorinnen in dem Bereich der Palliativseelsorge, wenn sie vor Ort in das palliative Handlungsfeld eingebunden sind oder sich einbringen.

Um Seelsorge verlässlich in die ambulante Hospiz- und Palliativarbeit zu implementieren, sind in den Jahren 2011/2012 landeskirchliche Mittel (Restmittel aus Vorjahren für diakonische Aufgaben) für das zweijährige Projekt "Seelsorge in der Hospizarbeit und in der Palliativversorgung" bereitgestellt worden. Es wurde mit der Rundverfügung K1/2010<sup>13</sup> beworben. Alle Kirchenkreise der hannoverschen Landeskirche hatten die Möglichkeit, sich um eine Mitfinanzierung dieser Teilprojektstellen zu bewerben. Das Ziel bestand darin, Seelsorge im Zusammenhang von Palliativversorgung und Hospizarbeit zu ermöglichen bzw. zu verbessern und die dafür nötigen Rahmenbedingungen zu setzen, zu erproben und zu beschreiben. Bereits bestehende Arbeit sollte exemplarisch fortentwickelt und zugleich evaluiert werden, um nach Beendigung des Projektes fundierte Angaben darüber zu haben, ob und in welcher Weise in der Landeskirche seelsorgliche Vernetzung mit der Palliativ- und Hospizarbeit verwirklicht werden kann.

Zwei Pastoren bzw. Pastorinnen und zwei Diakone bzw. Diakoninnen mit Stellenanteilen im Umfang je einer viertel bzw. einer halben Stelle erprobten, wie Seelsorge sich gut vernetzen kann, sowohl in der Stadt – Osnabrück und Hannover – wie auf dem Land – Hittfeld und Burgdorf. Dabei wurden unterschiedliche Erfahrungen gemacht und verschiedene Angebote von Öffentlichkeitsarbeit und Beziehungspflege entwickelt.

---

<sup>13</sup> Rundverfügung K 1/2010 vom 8. Juli 2010

Als Ergebnis ist festzuhalten:

- Es muss eine Person im Kirchenkreis geben, die den unterschiedlichen Diensten und Berufsgruppen bekannt und mit palliativen Strukturen vertraut ist, um eine verlässliche Kommunikation zwischen SAPV-Team, Palliativstützpunkt, Hospizdienst etc. und den Seelsorgenden in Gemeinden und Einrichtungen der Kranken-, Altenpflege und der Behindertenhilfe zu gewährleisten.
- Die Begleiter und Versorger in einem palliativen Netzwerk müssen wissen, wen sie ansprechen können, wenn Seelsorge von Seiten der Schwerstkranken oder ihrer Angehörigen gewünscht wird.
- Diese bzw. dieser hauptamtlich Mitarbeitende soll auch an gemeinsamen Besprechungen oder Zusammentreffen anwesend sein bzw. bei den regionalen Runden Tischen.
- Er oder sie soll in den regionalen Netzwerken Lobbyarbeit für die Seelsorge übernehmen, da dies in der Regel von den Gemeinden nicht selbst wahrgenommen werden kann.

Dazu wird es zukünftig wichtig sein, Stellenanteile verlässlich vorzuhalten, denn der oder die Beauftragte eines Kirchenkreises soll nachhaltig in diesem Bereich wirken und arbeiten können um Palliativseelsorge in das Handlungsfeld zu implementieren.

Das kirchliche Interesse vielerorts wächst, sich in den Arbeitsbereich Hospiz- und Palliativarbeit aktiv einzubringen. Etliche Kirchenkreise haben die steigenden Herausforderungen im Hinblick auf die demografische Entwicklung erkannt und ihr Engagement in ihren Konzeptionen zur Finanzplanung der Jahre 2013 bis 2016 (Grundstandards) beschrieben. Oft fehlt es jedoch an personellen Ressourcen und entsprechenden finanziellen Kapazitäten. Vieles, was im kirchlichen Bereich der Sonderseelsorge (Krankenhausseelsorge, Altenheimseelsorge etc.) vorgehalten wird, funktioniert für den eigenen Bereich gut, wird jedoch nicht über den tatsächlichen Arbeitsbereich hinaus genutzt. Hier ist das Wissen voneinander und eine Vernetzung dringend erforderlich.

Die Ergebnisse des Projektes sind in einem Bericht mit kurzen Erläuterungen aus den vier Kirchenkreisen und entsprechenden Organigrammen, die die unterschiedliche Ausgangssituation widerspiegeln, zusammen-

gefasst.<sup>14</sup> Bis zur Umsetzung eines verlässlichen Konzeptes in der hannoverschen Landeskirche wurde zur weiteren Erprobung verlässlicher Strukturen ein Übergangprojekt 2013/2014 aufgelegt, das mit der Rundverfügung K 7/2012<sup>15</sup> beworben wurde.

### 2.1.2 Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Einrichtungen der Altenpflege

Altenhilfeeinrichtungen müssen sich auf eine steigende Zahl hochbetagter, demenzkranker, multimorbider Bewohner einstellen. Sie entwickeln sich zu Orten intensiver Pflege und zu Sterbeorten, in denen alte Menschen in Würde und guter Begleitung leben und sterben dürfen. Diese Situation stellt hohe Anforderungen an Leitende und Mitarbeitende. Sie sollen gestärkt und unterstützt werden. Aus diesem Grund haben das DWH und die Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers ein gemeinsames Projekt entwickelt, um die Implementierung von Palliativversorgung und die dazu gehörige Qualifikation der Mitarbeitenden zu stärken.

Das Projekt hat im Jahr 2013 in Göttingen begonnen. Die ersten Inhouse-schulungen "Palliative Begleitung alter Menschen" mit 40 Unterrichtsstunden für Pflegeteams in stationären Alteneinrichtungen haben stattgefunden. Zehn Einrichtungen mit 40 Teilnehmenden waren beteiligt. Sie wurden zertifiziert. Das Ziel, dem alten Menschen in seiner letzten Lebensphase bestmögliche Lebensqualität zu erhalten, lässt sich mit dem ganzheitlichen Konzept der palliativen Begleitung realisieren. Es berücksichtigt neben der Linderung von Schmerzen und anderen qualvollen Symptomen auch psychische, soziale, spirituelle, ethische und rechtliche Aspekte der Begleitung. Die Mitarbeitenden aus allen Berufsgruppen haben eine Woche intensiv miteinander gearbeitet, Mitarbeitende anderer diakonischer Altenpflegeheime kennengelernt und sich vernetzt. Die Leitungen von zehn Einrichtungen treffen sich inzwischen regelmäßig zum Palliativ-Care-Arbeitskreis. Verbindungen zum ambulanten Hospizdienst Göttingen werden aufgebaut, um ehrenamtliche Palliativbegleitung für Pflegeheime zu strukturieren. Der Runde Tisch aller Palliativengagierten, jetzt auch unter Beteiligung diakonischer Pflegeheime, ist wieder installiert. Die Qualifikation stößt auf hohe Nachfrage nach der ersten Erfahrung, sodass weitere Kurse durchgeführt werden.

---

<sup>14</sup> Abschlussbericht über das zweijährige Modellprojekt zur Erprobung von Seelsorge in die Hospizarbeit und Palliativversorgung vom 10. Dezember 2012/15. Mai 2013

<sup>15</sup> Rundverfügung K 7/2012 vom 4. Dezember 2012

Mit dem Projekt "Palliative Begleitung alter Menschen in Pflegeeinrichtungen" soll ein Zeichen gesetzt werden, um Palliativversorgung zu stärken und Mitarbeitende zu unterstützen. Zum Projekt gehört: Basisfortbildungen für Pflegeteams, Vernetzung zu Hospiz- und Palliativgruppen und deren Ehrenamtlichen, Einbindung von Ehrenamtlichen und Stärkung der Seelsorge.

Dieses ist ein Anfang, der sich als hilfreich erwiesen hat, um mit kirchlicher finanzieller Unterstützung (aus Restmitteln aus Vorjahren für diakonische Aufgaben) ein Zeichen dafür zu setzen, dass Implementierung von Palliativkompetenz notwendig ist und umgesetzt werden kann. Dieses Projekt soll auf diakonische Altenpflegeeinrichtungen in der hannoverschen Landeskirche ausgeweitet werden und geprüft werden, inwieweit sich dieses Modell in den nächsten Jahren auf alle Einrichtungen der stationären Altenpflege kassenfinanziert implementieren lässt.

#### **IV.**

### **Konsequenzen und Maßnahmen**

#### **1. In den Kirchenkreisen**

##### **1.1 Problembeschreibung**

Die Einbindung der Seelsorge in die ambulante Palliativversorgung ist gegenwärtig nicht verlässlich organisiert. Zum einen konzentriert sich die Arbeit der ambulanten Palliativteams in vielen Regionen auf die ärztlichen und pflegerischen Leistungen, weil allein für diese im SAPV-Mustervertrag aus dem Jahr 2007<sup>16</sup> eine Refinanzierung vorgesehen ist. Zum anderen gibt es auf Seiten der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers bisher in den meisten Kirchenkreisen keine verlässlichen Ansprechpartner für Palliativseelsorge, sodass auch Palliativteams, die ein Interesse daran haben, Seelsorgende mit in die Versorgung einzubinden, oft nicht wissen, an wen sie sich ggf. wenden können. Weil die seelsorgliche Begleitung Schwerstkranker und Sterbender ein zentrales Aufgabenfeld kirchlicher Arbeit ist, besteht hier dringender Handlungsbedarf auf Seiten der Kirche.

##### **1.2 Ziel**

Ziel der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers muss es sein, auf kirchlicher Seite verlässliche und transparente Strukturen zu entwickeln, sodass sich kirchliche Seelsorge vor Ort aktiv in die ambulante Palliativversorgung einbringen

---

<sup>16</sup> Vertrag nach § 132d Absatz 1 SGB V über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V.

kann. Es braucht klar definierte Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen, die Kontakte zu Palliativstützpunkten bzw. SAPV-Teams herstellen und sich dort für die Einbindung der Seelsorge in die ambulante Palliativversorgung stark machen.

### 1.3 Maßnahmen

1.3.1 Innerhalb der Landeskirche sollten finanzielle Mittel in Höhe von 300 000 Euro (für ca. drei volle Pfarrstellen) vorgehalten werden. Die Landeskirche stellt diese Ressource in Form von Zuschüssen den Kirchenkreisen zur Verfügung, die entsprechend vorgegebener Kriterien konkrete Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen benennen und ihr Engagement zur Einbringung von Seelsorge in die SAPV konzeptionell beschreiben. Ob die Mittel für die Mitfinanzierung einer ein Viertel Pfarrstelle oder Diakonenstelle, für Sachausgaben oder zur unterstützenden Finanzierung der Arbeit von Ehrenamtlichen eingesetzt werden, ist eine konzeptionelle Frage, die regional entschieden und verantwortet werden muss. Verschiedene Modelle der Vernetzung im Kirchenkreis oder über die Krankenhauseelsorge sind möglich. Mit den Mitteln soll gewährleistet werden, dass in einigen Kirchenkreisen dauerhaft ein gut funktionierendes Hospiz- und Palliativnetzwerk aufgebaut und erhalten werden kann. Ein flächendeckendes Netz wäre wünschenswert, ist zz. aber nicht umsetzbar.

Stelleninhaber und -inhaberinnen, die mit der Wahrnehmung der Netzwerkarbeit betraut werden, sollten folgende Qualifikationsvoraussetzungen mitbringen:

- Seelsorgliche Grundausbildung
- Teilnahme an zumindest einem Kurskurs (40 Std.) zum Thema: Seelsorge in der Palliativversorgung (das Zentrum für Seelsorge hält solche Kursangebote vor, ebenso wie eine 120-stündige Langzeitfortbildung)
- Kommunikationsfähigkeit und die Fähigkeit, in Strukturen zu denken
- Die möglichen Stelleninhaber bzw. -inhaberinnen treffen sich zweimal jährlich im landeskirchlichen Arbeitskreis Hospiz- und Palliativarbeit und stehen miteinander im Austausch

1.3.2 Analog zu den anderen im Bereich der Palliativversorgung tätigen Professionen sollte auch in der Vikarsausbildung ein Modul: "Seelsorge in der Palliativversorgung" vorkommen. Das Ausbildungsmodell sollte daraufhin überprüft und entsprechend modifiziert werden.

## 2. Hospizkultur und Palliativversorgung in Einrichtungen der stationären Altenpflege

### 2.1 Situation

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht mehr nur "Institutionen des Alters" für Menschen, die bei der Ausgestaltung der dritten Lebensphase auf pflegerische und betreuende Hilfen angewiesen sind und deshalb ihren Lebensabend in einer Pflegeeinrichtung verbringen. Vielmehr entwickeln sich Einrichtungen der stationären Altenhilfe zunehmend zu Orten des Sterbens, die hochbetagte, multimorbide und vor allem demenzkranke Menschen am Lebensende auf ihrem Weg begleiten. Der Umzug in ein Pflegeheim erfolgt in der Regel erst dann, wenn das ambulante Hilfeangebot ausgeschöpft ist und eine gesicherte pflegerische Versorgung zu Hause nicht mehr gewährleistet werden kann. Auch Patienten, die sich in einem finalen Stadium im Krankenhaus befinden, werden nicht selten zum Sterben in eine stationäre Pflegeeinrichtung überwiesen.

Auch wenn es immer noch keine differenzierte Statistik zu Sterbeorten (Heim, Zuhause und andere Orte) gibt, finden sich in der aktuellen Fachliteratur Einschätzungen und Prognosen, die auf unterschiedlichen Untersuchungen beruhen. So sterben etwa 40 % aller Sterbenden in Pflegeheimen, davon viele in den ersten drei Monaten nach ihrem Einzug.<sup>17</sup> Bei 85 489 verstorbenen Einwohnern im Jahr 2011 in Niedersachsen sind somit ca. 34 195 Menschen (rd. 40 %) in einem Altenpflegeheim verstorben. Bei 1 667 Pflegeheimen in Niedersachsen<sup>18</sup> versterben rd. 20 Bewohner pro Heim und Jahr. Das bedeutet bei einer durchschnittlichen Belegungszahl von 54,9 Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenpflegeeinrichtungen in Niedersachsen (in diakonischer Trägerschaft durchschnittlich 69,2 Bewohner bzw. Bewohnerinnen)<sup>19</sup>, jedes Jahr mehr als ein Drittel der gesamten Bewohnerschaft.

Die dargestellte Situation weist auf ein Dilemma deutscher Pflegeeinrichtungen hin. Stationäre Pflegeheime sind zwar keine Hospize und sollen es auch nicht sein. Aber sie müssen die Pflege und Begleitung an die sich verändernden Bedürfnisse der Bewohner und Bewohnerinnen anpassen. Bisher findet Sterbebegleitung in den Landesrahmenverträgen, die die Pflichtleistung in Pflegeheimen beschreiben, lediglich im Abschnitt "soziale Betreuung" Erwähnung. Die palliative Versorgung Sterbender wird nicht erwähnt.

---

<sup>17</sup> Gronemeyer, Reimer: Sterben in Deutschland, 2007

<sup>18</sup> Pflegestatistik 2011 des Statistisches Bundesamtes Wiesbaden, 2013

<sup>19</sup> Pflegestatistik 2011 der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. vom Oktober 2013

## 2.2 Kirchlich-diakonischer Auftrag in Altenpflegeeinrichtungen

Zum Selbstverständnis der Diakonie gehört es, alte, hochbetagte und kranke Menschen in ihrer letzten Lebensphase nicht allein zu lassen, sondern sie in ihren Bedürfnissen wahrzunehmen und zu begleiten. Es wird Sorge dafür getragen, dass sie behütet und geborgen leben und getröstet sterben können. Der Ruf des sterbenden Menschen "Verlass mich nicht, wenn ich schwach werde" (Ps. 71,9). findet ein Echo bei Leitungen von Altenhilfeeinrichtungen, bei Pflegenden und Ärzten, bei Angehörigen und Ehrenamtlichen in der seelsorglichen Begleitung. Wenn die Vitalkräfte nachlassen, wenn Körper und Geist schwach werden, braucht der hochbetagte Mensch die Nähe von Menschen, die ihm Geborgenheit geben. Dasein und nicht verlassen werden ist ein hoher Anspruch an alle Pflegenden. Ihre Aufgabe ist es, den zu betreuenden Menschen wie mit einem Mantel zu bergen, zu schützen und zu trösten. Alte Menschen werden nicht allein gelassen. Sie werden zuverlässig in ihrer letzten Lebensphase betreut. Hier geht es um eine Haltung, die getragen ist aus dem Glauben heraus, dass allen Menschen von Gott eine unantastbare Würde zugesprochen ist. Dieser Auftrag soll durch diakonische Pflegeeinrichtungen in die Gesellschaft ausstrahlen. Dazu gehört neben der medizinischen und pflegerischen Betreuung eine Vernetzung mit Angehörigen und Ehrenamtlichen, mit Kirchengemeinden und Seelsorgenden, mit Institutionen des öffentlichen Lebens.

Besondere Bedeutung kommt Pflegenden in der Begleitung sterbender Menschen zu. Deswegen muss dafür gesorgt werden, dass sie Zeit haben für Zuwendung in der Pflege, sie sich fortbilden können, Entlastung durch begleitende Gespräche bekommen und Wertschätzung aus Kirche, Gesellschaft und Politik erfahren. Aufgabe von Kirche und Diakonie ist es, sich für die würdevolle Gestaltung des Lebensendes einzusetzen und eine entsprechende Abschiedskultur zu entwickeln. Deshalb gehört Palliativ-Care-Arbeit grundlegend in Pflegeeinrichtungen hinein. Vergleiche hierzu auch die Diakonischen Leitlinien zu Palliativ-Care aus dem Jahr 2006.<sup>20</sup>

## 2.3 Palliative Versorgung nach hospizlichen Grundsätzen

Die Grundsätze palliativer Versorgung müssen für alle Menschen im Sterbeprozess gelten, unabhängig von ihrem Sterbeort und unabhängig davon, ob sie einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung haben. In Orientierung an der Versorgungsqualität stationärer Hospize müssen auch in stationären Pflegeeinrich-

---

<sup>20</sup> Leitlinien zu Palliativ-Care-/Sterbebegleitung und Abschiedskultur des DWH von 2006 [www.diakonie-hannovers.de/pages/rat\\_\\_\\_hilfe/aeltere\\_und\\_pflegebeduerftige\\_menschen/hospiz-\\_und\\_palliativarbeit/downloads/index.html](http://www.diakonie-hannovers.de/pages/rat___hilfe/aeltere_und_pflegebeduerftige_menschen/hospiz-_und_palliativarbeit/downloads/index.html)

tungen die Grundsätze palliativer Versorgung verwirklicht werden.<sup>21</sup> Die palliative Begleitung sterbender Menschen in stationären Pflegeheimen darf nicht schlechter sein als in Hospizen, zumal ihnen der Wechsel in ein Hospiz in der Regel versagt bleibt und im Gegensatz zum Hospiz weiterhin nicht unerhebliche finanzielle Eigenleistungen zu tragen sind. In stationären Pflegeheimen sterben jährlich 20 Mal mehr Menschen als in stationären Hospizen. Deswegen bedarf es dringend einer gesetzlichen, ergänzenden Regelung, die eine kompetente allgemeine palliative Versorgung in der Altenhilfe sicherstellt. Dafür setzt sich die Diakonie bundesweit ein.<sup>22</sup>

Die Lebenssituation der auf palliative Begleitung angewiesenen Menschen in unseren christlichen Pflegeheimen muss aber auch kurzfristig verbessert werden. Deshalb ist es notwendig, die Palliativversorgung in diakonischen Pflegeheimen der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers kurzfristig deutlich zu verbessern.

Eine umfassende und angemessene Versorgung verlangt besonders von Pflegenden besondere Kompetenzen:

- Kenntnisse in Palliativpflege wie Linderung von Schmerzen, psychische, soziale, spirituelle, ethische und rechtliche Aspekte der Begleitung
- Fähigkeit zur berufsübergreifenden Zusammenarbeit mit Hausarzt, Ehrenamtlichen, Seelsorge, Sozialdienst
- Wahrnehmung der Bedürfnisse Kranker und ihrer Angehörigen
- Bereitschaft, die eigene Haltung im Umgang mit Leiden, Sterben, Tod und Trauer zu reflektieren

#### 2.4 Ziele

- Ziel des Projektes "Hospizkultur und palliative Versorgung in Einrichtungen der Altenhilfe" ist die Sicherstellung der Palliativversorgung in allen Altenheimen der hannoverschen Landeskirche durch ein ausgebildetes Palliativ-Care Team.

---

<sup>21</sup> DHPV/DGP: Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen. Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe, 2012  
([http://www.dhpv.de/tl\\_files/public/Themen/Stationaere%20Altenpflege/Grundsatzpapier-stationaere-Altenpflege\\_DHPV-DGP.pdf](http://www.dhpv.de/tl_files/public/Themen/Stationaere%20Altenpflege/Grundsatzpapier-stationaere-Altenpflege_DHPV-DGP.pdf))

<sup>22</sup> Diakonie Deutschland: Begleitung sterbender Menschen in Pflegeheimen, Palliative Kompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen sichern

Die Teams bestehen aus jeweils bis zu sechs Mitarbeitenden (je nach Größe der Einrichtung).

- Der regionale Austausch ist über die Zusammenarbeit stationärer Pflegeeinrichtungen mit einer Palliativ-Care Beauftragten gesichert.
- Die Vernetzung der Einrichtungen in fünf Regionen innerhalb der Landeskirche wird organisiert.
- Die Etablierung ethischer Fallbesprechungsgruppen, um im Rahmen der hospizlichen Kultur einen strukturierten Umgang mit ethischen Konflikten zu ermöglichen.
- Die Gewinnung und Einbindung von ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und -begleitern und/oder die Vernetzung mit bestehenden Hospiz- und Palliativdiensten und Einrichtungen ist Teil des Projektes.
- Das diakonisch-christliche Profil der Altenpflegeheime zu stärken.

#### 2.5 Maßnahmen: Mittel für Basisfortbildungen

Grundlage des Projektes ist der Basisfortbildungskurs. Er soll vielen Mitarbeitenden die Möglichkeit der Fortbildung im Bereich der Palliativarbeit geben, ersetzt aber nicht die 160-Stunden-Weiterbildung Palliativ-Care. Er wird angeboten als 40-Stunden-Kurs (Inhouseschulung) durch das Diakonische Aus- und Fortbildungszentrum Hofgeismar und ist zertifiziert durch den Deutschen Ev. Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP). Das Zentrum für Seelsorge wird bei Bedarf eingebunden. Besondere Schwierigkeiten eine umfassende Palliativversorgung zu erhalten, haben Menschen mit Demenz. Diese Versorgung wird besonders berücksichtigt. Die Kurse werden für jeweils bis zu 20 Teilnehmende aus unterschiedlichen Einrichtungen angeboten. Dadurch wird der fachliche Austausch auch einrichtungsübergreifend gefördert.

Um möglichst vielen Mitarbeitenden eine palliative Fortbildung zu ermöglichen, sind weitreichende Vertretungsregelungen in den Pflegeheimen notwendig. Vor dem Hintergrund der äußerst angespannten finanziellen und personellen Situation in der Altenpflege in Niedersachsen benötigen die Einrichtungen finanzielle Unterstützung durch die Landeskirche, um die dringend notwendige palliative Begleitung von pflegebedürftigen Menschen leisten zu können.

Deshalb sollen Mittel aus dem kirchlichen Haushalt zur Verfügung gestellt werden, um möglichst alle kirchlich-diakonischen Altenhilfeeinrichtungen auf dem Weg zur Palliativimplementierung zu unterstützen.

## 2.6 Kostenplan zur Umsetzung von Palliativbegleitung für alle stationären Einrichtungen der Altenpflege

- 150 Einrichtungen mit 20 Personen pro Kurs
- Je Einrichtung 6 Mitarbeitende bei 20 Personen pro Kurs = 900 Mitarbeitende
- Bei 150 Einrichtungen 45 Fortbildungskurse
- Kosten pro Kurs 5 500 Euro

### Finanzierung pro Kurs

- Teilnahmegebühren
- 150 Euro pro Teilnehmenden x 20 3 000 Euro

### Mitfinanzierung durch die Landeskirche pro Kurs

- Anteil an Kurskosten 2 500 Euro
- Zuschüsse zur Mitfinanzierung der Kosten für Vertretungen (20 Personen x 500 Euro) 10 000 Euro

### Finanzvolumen gesamt:

- 12 500 Euro x 45 Kurse 562 500 Euro

Anschubfinanzierung bis zur Realisierung einer bedarfsgerechten Finanzierung von Palliativversorgung – angelehnt an die Grundsätze einer Versorgung in einem stationären Hospiz – 500 000 Euro zur Mitfinanzierung palliativer Begleitung in Altenpflegeheimen der Diakonie

## 3. Einrichtungen der Behindertenhilfe

Die 260 Einrichtungen und Dienste der diakonischen Behindertenhilfe (ca. 20 000 ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote/stationäre Plätze ca. 3 500) stehen angesichts der Tatsache, dass Menschen mit geistigen Behinderungen infolge des medizinischen Fortschritts immer älter werden, vor einer wachsenden Herausforderung.

Das Thema Trauerbegleitung und Begleitung der letzten Lebensphase nimmt sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich der Behindertenhilfe künftig einen immer größeren Raum ein. Durch die demografische Entwicklung und die bessere medizinische Versorgung steigt der Hilfebedarf deutlich an. So ist auch die Auseinandersetzung mit den Themen Alter, Vitalitätsverlust und Abschieden unumgänglich. Die bisher noch überschaubare Zahl von Sterbebegleitungen wird sich in den nächsten fünf Jahren mehr als verdoppeln. Der Anteil der über 60-jährigen Bewohner (ca. 3 200) in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen liegt landesweit bei ca. 15 %.

Angesichts der zunehmenden Zahl von Menschen mit Behinderung, die in Zukunft eine Sterbebegleitung in diakonischen Einrichtungen der Behindertenhilfe benötigen, wird die Zusammenarbeit mit Hospizvereinen und die Implementierung von Hospiz- und Trauerkultur in den Einrichtungen und Diensten weiter verstärkt werden müssen. Erfahrungen aus der Arbeit z.B. in stationären Altenpflegeeinrichtungen und Hospizen können hier hilfreich sein.

#### 4. Krankenhäuser in diakonischer Trägerschaft

Eine vernachlässigte Sterbekultur im Krankenhaus ist Ausdruck mangelnden Respekts vor der Würde und dem Leben eines Menschen.

Nicht alle Krankenhäuser haben die Möglichkeiten eine Palliativstation einzurichten. Oftmals besteht aber eine enge Zusammenarbeit mit Hospizdiensten vor Ort. Auch dort wo es spezielle Palliativstationen wie z.B. im Friederikenstift Hannover gibt, reichen die Kapazitäten häufig nicht aus, um alle Patienten angemessen zu versorgen. Die Palliativstation im Friederikenstift Hannover umfasst acht spezielle Zimmer für die stationäre Versorgung von Palliativpatienten. Die Station ergänzt die Arbeit des Palliativdienstes und des Uhlhorn Hospizes in Hannover. Das Angebot des Palliativdienstes richtet sich an Patienten im Krankenhaus und zu Hause. Ziel ist die – oft nicht optimale – Überbrückung der Schnittstelle von stationärer und ambulanter Versorgung, z.B. bei einer geplanten Entlassung aus dem Krankenhaus oder bei einer vorübergehenden akuten Einweisung in eine Klinik.

Einen hohen Stellenwert in der Palliativarbeit in evangelischen Krankenhäusern hat die Krankenhauseelsorge. Sowohl in der Begleitung von Patienten und Patientinnen auf der Palliativstation aber auch auf der Intensivstation ist die seelsorgliche Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase unverzichtbar. Um diese Begleitung zu gewährleisten, haben einzelne Krankenhäuser wie z.B. das Bathildis-Krankenhaus in Bad Pyrmont gemeinsam mit dem Hospizdienst Bad Pyrmont e.V. Angebote im Krankenhaus aufgebaut, um eine angemessene Sterbebegleitung z.B. in Intensivstationen zu ermöglichen. Diese Angebote benötigen hauptamtliche Seelsorgende und Psychoonkologen und Psychoonkologinnen, um dauerhaft eine christliche Sterbebegleitung in Krankenhäusern sicherzustellen. Die diakonischen Krankenhäuser sind deshalb weiterhin auf die Unterstützung durch die Krankenhauseelsorge der Landeskirche angewiesen.

#### **IV. Empfehlungen**

Die Hospiz- und Palliativarbeit ist eine Aufgabe der evangelischen Kirche. Sie genießt in der hannoverschen Landeskirche einen hohen Stellenwert. Das Aufgabenfeld umfasst dabei die Begleitung von Sterbenden und ihren Familien durch Seelsorgende und Ehrenamtliche aber auch die palliative Pflege und Sterbebegleitung in Altenheimen, Behinderteneinrichtungen und Krankenhäusern.

Die Zahl der Menschen mit hohem Pflegebedarf, die in den nächsten Jahren versterben werden, wird deutlich zunehmen. Krankheits- und Sterbesituationen, in denen die Kommunikationsfähigkeit der Patienten stark eingeschränkt oder gar nicht mehr wahrnehmbar ist (wie z. B. bei Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium) wird von den Angehörigen in der Regel als besonders belastend erlebt. Familien, die sich in einer solchen Situation befinden, dürfen nicht allein gelassen werden mit ihren schweren menschlichen, seelischen und finanziellen Belastungen. Sie haben Anspruch auf Solidarität und Hilfe. Dafür brauchen wir gut ausgebildete Mitarbeitende in den Einrichtungen. Eine palliative Sterbebegleitung dient darüber hinaus der Stärkung des christlich-diakonischen Profils der Altenpflegeheime der hannoverschen Landeskirche und entspricht dem christlich-diakonischen Auftrag nach menschenwürdiger Pflege bis zuletzt.

Die Landeskirche unterstützt den Ausbau der Seelsorge für die Palliativversorgung und Hospizarbeit und die Qualifizierung von Mitarbeitenden in stationären Einrichtungen der Altenpflege.

Um den beschriebenen Herausforderungen Rechnung zu tragen, wird das Landeskirchenamt prüfen, ob folgende Maßnahmen umgesetzt werden können:

1. Bei der Haushaltplanung ab dem Jahr 2015 sollen finanzielle Mittel in Höhe von 300 000 Euro berücksichtigt werden. Diese Ressource soll den Kirchenkreisen, die
  - a) sich in diesem Bereich besonders profilieren,
  - b) die vorgegebenen Voraussetzungen zur Einbringung von Seelsorge in die Palliativversorgung erfüllen und
  - c) konzeptionell eine dauerhafte Vernetzung beschreiben,zusätzlich (zur Mitfinanzierung von Stellenanteilen Hauptamtlicher, Förderung Ehrenamtlicher oder Sachkostenaufwendungen) zur Verfügung gestellt werden.

2. Zur flächendeckenden Umsetzung des Konzeptes "Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in Einrichtungen der stationären Altenpflege" sollen bei der Haushaltplanung 2015/2016 je Haushaltsjahr eine Anschubfinanzierung in Höhe von 125 000 Euro berücksichtigt und für die Haushaltsjahre 2017/2018 je Haushaltsjahr ebenfalls 125 000 Euro als Verpflichtungsermächtigungen eingeplant werden.
3. Zur Umsetzung der geplanten Projekte und zur Umsetzung weiterer Erfordernisse in der Hospiz- und Palliativversorgung soll geprüft werden, ob die bestehende Befristung der Referentenstelle im DWH (drei Jahre/2012 bis 2015) aufgehoben und in eine unbefristete Stelle für einen Pastor bzw. eine Pastorin der Landeskirche umgewandelt werden kann.
4. In das Ausbildungsmodell für Vikare und Vikarinnen ist ein Modul "Seelsorge in der Palliativversorgung" zu integrieren.
5. Es sollen Möglichkeiten erarbeitet werden, um das zunehmend kirchliche Engagement in der Hospiz- und Palliativarbeit in der Öffentlichkeit darzustellen.

Anlage  
Glossar

Anlage**Glossar zum Aktenstück "Hospizarbeit und Palliativversorgung"**

Vgl. auch das Glossar von DGP und DHPV zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung:

[http://www.dhpv.de/tl\\_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2009-01-15\\_SAPV-Glossar.pdf](http://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2009-01-15_SAPV-Glossar.pdf)

**Allgemeine Palliativversorgung (APV)**

Während eine spezialisierte Palliativversorgung eine komplexe Schmerzsymptomatik voraussetzt, die den Einsatz von Spezialisten unterschiedlicher Berufsgruppen erforderlich macht, geht es in der allgemeinen Palliativversorgung um die Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen, die keinen Zugang zu einer spezialisierten Versorgung im Hospiz, der Palliativstation oder spezialisierten ambulanten Versorgung haben. Bisher gibt es keine befriedigende Lösung für eine Allgemeine (ambulante) Palliativversorgung.

**Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)**

Bezeichnet ambulante Versorgungsstrukturen der allgemeinen Palliativversorgung, also z.B. den ambulanten Einsatz von Hausärzten im Rahmen einer (erst noch klar zu regelnden) Allgemeinen Palliativversorgung.

**Ambulanter Hospizdienst**

Ambulante Hospizdienste bieten die ehrenamtliche Begleitung Sterbender an. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Hospizdienstes werden für ihre Aufgabe in einer Schulung vorbereitet. Neben reinen Hospizdiensten gibt es auch ambulante Hospiz- und Palliativdienste, bei denen hospizliche Begleitung und eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) aus einer Hand angeboten werden.

**Deutschen Hospiz- und Palliativgesellschaft (DHPV)**

Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) wurde im Jahr 1992 unter dem Namen Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. als gemeinnütziger Verein gegründet. Er vertritt die Belange schwerstkranker und sterbender Menschen, ist die bundesweite Interessensvertretung der Hospizbewegung sowie der zahlreichen Hospiz- und Palliativ-einrichtungen in Deutschland. Gründungsmitglieder waren engagierte Ehrenamtliche und Hauptamtliche verschiedenster Professionen sowie Vertreter örtlicher Hospizvereine und stationärer Hospize. Heute ist der Verband selbstverständlicher Partner im Gesundheitswesen und in der Politik, wenn es um die Belange der schwerstkranken und sterbenden Menschen geht.

**Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)**

Die im Juli 1994 gegründete Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) hat nach ihrer Satzung die Aufgabe, Ärzte und andere Berufsgruppen zur gemeinsamen Arbeit am Aufbau und Fortschritt der Palliativmedizin zu vereinen und auf diesem Gebiet die bestmögliche Versorgung der Patienten zu fördern.

**Hospiz**

Ein Hospiz ist eine Einrichtung der spezialisierten Palliativpflege. In ihm werden tödlich erkrankte Menschen pflegerisch versorgt, bei denen eine medizinische Versorgung auf einer Palliativstation nicht (mehr) notwendig ist. Zur palliativen Pflege gehört auch die seelsorgliche, psychologische und soziale Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen.

**Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Niedersachsen (LAG)**

Die HOSPIZ Landesarbeitsgemeinschaft Niedersachsen e.V. ist der Zusammenschluss von Hospizinitiativen, -einrichtungen sowie Palliativstationen und überregionalen Institutionen und vertritt zur Zeit über 130 ambulante Hospiz- und Palliativdienste und 20 stationäre Hospize.

**Niedersächsischen Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung (NKBHP)**

Die Niedersächsische "Koordinierungs- und Beratungsstelle für Hospizarbeit und Palliativversorgung", die am 5. Januar 2009 ihre Arbeit aufgenommen hat, soll vor allem folgende Funktionen wahrnehmen:

- Bindeglied zwischen dem Niedersächsischen Sozialministerium und der Hospizarbeit und Palliativversorgung in ihrer Gesamtheit.
- Unterstützung und Beratung der Landesregierung in Fragen der weiteren Entwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung.
- Unterstützung beim Aufbau neuer Initiativen im haupt- und ehrenamtlichen Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung.
- Mitwirkung bei der Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung als neuer Leistung der gesetzlichen Krankenkassen auf Landesebene.
- Anlaufstelle für Bürger und Bürgerinnen, die haupt- oder ehrenamtlich mit der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen befasst sind.

Professor Dr. med. Winfried Hardinghaus leitet die neugeschaffene Zentralstelle

**Palliativmedizin**

"Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen: durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art." (WHO, 2002) Im Deutschen wird Palliativmedizin als Übersetzung des englischen Begriffes "Palliative Care" verwendet. Im weiteren Sinne ließe sich dies mit Palliativversorgung übersetzen. Sie beinhaltet gleichwertig ärztliche, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Kompetenz. Im engeren Sinn kann unter Palliativmedizin (englisch: Palliative Medicine) auch der unverzichtbare, ärztliche Beitrag zu Palliative Care verstanden werden.

**Palliativstation**

Palliativstationen sind Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung in Krankenhäusern, in denen sterbende und schwersterkrankte Menschen, mit dem Ziel des Erhaltes oder der Steigerung der Lebensqualität medizinisch, pflegerische, seelsorglich, psychologisch und sozial begleitet und versorgt werden. Ziel der Versorgung auf der Palliativstation ist eine Stabilisierung des Zustandes der Patienten und möglichst die Entlassung zum Sterben zu Hause, in einem Hospiz oder einem Pflegeheim.

**Palliativstützpunkt**

Die Palliativstützpunkte wurden in Niedersachsen seit dem Jahr 2006 eingeführt mit dem Ziel einer Vernetzung der unterschiedlichen Akteure in der ambulanten palliativen und hospizlichen Versorgung. Zugleich halten sie eine Informationshotline vor, über die sich Bürger und Bürgerinnen bezüglich der Angebote an palliativer Versorgung und hospizlicher Begleitung informieren können.

**Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)**

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist die multiprofessionelle Palliativversorgung durch ein spezialisiertes Team und wurde durch die Gesundheitsreform (GKV-WSG) im Jahr 2007 mit zwei eigenständigen Paragraphen (§§ 37b, 132d) neu in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) eingeführt. Sie wird derzeit in Niedersachsen von 42 unterschiedlich zusammengesetzten Teams übernommen, an denen zumindest Ärzte und Pflegenden beteiligt sein müssen. Ziel ist es, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung von Palliativpatienten so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. stationären Hospizen zu ermöglichen.

Die Versorgung erfolgt in der Regel als additive Teilversorgung, d.h. das SAPV-Team übernimmt einzelne Versorgungsleistungen, die durch den Bedarf einer besonders aufwendigen und zeitintensiven Versorgung notwendig werden (z.B. Linderung von Schmerzen, Wundversorgung, Atmennot etc.).

### **Sterbebegleitung**

Im Zentrum der Sterbebegleitung steht der schwerstkranke und sterbende Mensch. Er soll mit seinen Schmerzen und Ängsten nicht allein gelassen werden. Die Sterbebegleitung zielt auf körperliche, psychische, soziale und seelsorgliche Bedürfnisse der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen ab und vollzieht sich in der partnerschaftlichen und phantasievollen Zusammenarbeit von Angehörigen und Freunden sowie ehrenamtlichen und professionellen Helferinnen und Helfern.